

2.1. OECD Mental Health Care Quality Indicator

OECD Mental Health Care Quality Indicator は精神科医療全般に渡って重要な精神医療のアウトカム評価項目に関して OECD 加盟の 6 カ国と 1 機関からの専門家委員 (UK, Sweden, Canada, Australia, Denmark, US, the European Society for Quality Healthcare ESQH からの精神保健行政官・臨床医・医療サービス/疫学/公衆衛生/公共政策を専門とする研究者) によって検討され、Delphi 法を用いてコンセンサスを得た策定された 12 のアウトカム指標である。

12 の指標は、精神保健ケアの質を反映する主要 4 項目 (治療、治療継続、治療連携、患者転帰) が含まれた。具体的には、「治療」では 1. うつ病急性期における適正受診率 2. 精神疾患患者の早期再入院率 3. 物質関連障害患者の治療期間 4. 高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬 (TCA) の使用 5. 急性期における抗うつ薬治療の継続使用 6. 持続期における抗うつ薬治療の継続的使用 ; 「治療継続」では 7. 退院後の適正時期における外来フォローアップ 8. 精神・物質依存の併用疾患患者の退院後の受診度合 9. 通院における人種・ethnic 格差 10. 精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月後治療継続率 ; 「治療連携」では 11. 重度精神疾患へのケースマネジメント率 ; 「治療転帰」としては 12. 重度精神疾患の死亡率が挙げられた。

12 の OECD Mental Health Care Quality Indicator に関する、実証的データを、米国国立生物工学情報センター (National Center for Biotechnology Information) の医学関係文献データベース Pubmed および関連報告書を検索し、各項目に該当する文献の検討を行った。結果として、12 項目のうち Item-9 [通院における人種・ethnic 格差] と Item-11 [重度精神疾患へのケースマネジメント率] は該当文献なかったが、残りの 10 項目に関しては総計 23 の文献を検索できた。なお、諸外国

の概観をつかむために、わが国の研究は除外したが、ほとんどの文献は、北米のものであった。

概観すれば、Item 1. うつ病急性期における適正受診率:60% (30 日), Item 2. 精神疾患患者の早期再入院率:10%, Item 3. 物質関連障害患者の治療期間:50%, Item 4. 高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬 (TCA) の使用: 45%, Item 5. 急性期における抗うつ薬治療の継続使用:80%, Item 6. 持続期における抗うつ薬治療の継続的使用: 50%, Item 7. 退院後の適正時期における外来フォローアップ:70%, Item 8. 精神・物質依存の併用疾患患者の退院後の受診率:30%, Item 10. 精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月治療継続率:15%, Item 12. 重度精神疾患の死亡率: SMR2.58 であった。

2.2. OECD-MHQI の病院評価への適用状況 : イギリス、オーストラリアの病院評価項目との比較 a) イングランド

イングランドの Healthcare Commission による annual healthcheck の評価項目は、全部で 56 項目であった。内訳は、構造 11、プロセス 43、アウトカム 2 であった。アウトカム 2 項目のうち、2 項目とも OECD-MHCQI と一致した。一致していた項目は、①物質関連障害患者の治療継続期間、②人種間の格差、であった。物質関連障害患者の治療継続期間については、退院後 12 週間以上治療の継続している患者の割合が指標として用いられており、その値は全国平均で 78.6% であった。また、人種間の格差については、まだデータ整備が追いついておらず、その前段階としてデータベース上に人種が記載されているケースの割合が指標とされていた。それらの値は、全国平均で HES data については、91.36%、MHMDS については、94.05% であった (表 1)。

b) オーストラリア

オーストラリアの clinical indicator reports によ

る評価項目は全部で26項目であった。これらの項目は、すべてアウトカムに分類される項目であった。この26項目のうち、OECD-MHCQIと一致したのは、①精神疾患患者の退院後28日以内の再入院率、②入院患者の入院中の死亡率、であった。精神疾患患者の退院後28日以内の再入院率は8.38%であり、入院患者の入院死亡率は、0.09%であった。精神疾患患者の退院後28日以内の再入院率については、OECD-MHCQIとほぼ同じ指標を用いていたが、入院患者の入院中の死亡率は、OECD-MHCQIでは、重症精神病患者の死亡率に該当するものであり、入院中の死亡率に限定されている点がOECD-MHCQIと異なる点であった。

3.1 Australian Council on Healthcare Standards 評価項目に関するわが国データの検討

国立精神科病院において平成12-17年に実施されたJESS2000、JESS2005、JESS2000追跡調査という3つの患者調査のデータと、平成16年に実施された630調査の結果より得られたわが国の精神科病院における質的評価指標の基礎資料を作成した。その結果、わが国の抗精神病薬多剤併用率、抗精神病薬大量投与率はともに極めて大きな値であり、豪州における80パーセント値を越えた外れ値に相当した。抗パーキンソン薬大量投与率に関してはわが国における値は豪州における値よりやや低かった。わが国における再入院率は豪州よりやや低く、一方、わが国の死亡退院率は豪州より明らかに高いようであった。

3.2 OECD-MHCQI 評価項目に関するわが国データの検討：予備調査

わが国におけるうつ病治療に関連した質的評価指標の基礎資料を作成することを目的として、2006年1月1日から同年12月31日までの1年間に東京都にある精神科診療所に初診となった気分障害患者81名を対象とした患者データベース

を構築し、そのデータベースに基づいての3つの指標の値を算出した。その結果、3ヶ月治療継続率は74.5%、3ヶ月抗うつ薬継続率は73.5%、6ヶ月抗うつ薬継続率は61.2%であり、いずれもOECDのテクニカルペーパーに記載されていた海外におけるデータより高い値であった。今回のデータベースより得られた値を、生涯で初めて精神科治療を受けるうつ病患者と、以前に精神科治療を受けた経験はあるが、今回のうつ病エピソードにおける治療は初めてであった患者に分けて、抗うつ薬継続率を検討したが、3ヶ月後と6ヶ月後の双方とも両群間に継続率の差はなかった。また、生涯で初めて精神科治療を受けるうつ病患者に限定して、初回治療で従来型抗うつ薬を投与された患者と新規抗うつ薬を投与された患者に分けて、抗うつ薬継続率を算出したところ、従来型抗うつ薬を投与されていた患者では6ヶ月間にわたって1名も投与が中止されていなかったのに対して、新規抗うつ薬を投与されていた患者では途中で中止される患者が半数以上見られた。

D. 考察

アウトカム評価は、一概に言ってもその意味合いは多様で、評価を個人とシステムレベルに分け、さらに時間的ではインプット期-プロセス期-アウトカム期の3段階、地理的では国家レベル-地域レベル-患者レベルの3段階を各々やその組み合わせの検討が必要である。さらに精神症状の臨床評価、社会機能、ニーズ、QOLの他に、患者や家族の医療への主観的体験、満足度、負担など包括的な評価項目が必要である。このような、背景から患者レベルのアウトカム評価においても従来の研究のための臨床研究ではなく、日常臨床のための臨床研究に重要性が移行しつつある現状がある。事実 practical clinical trial や naturalistic observational study の必要性を説く報告が最近多くなってきている。このような、通常診療の質の向

上を目的とした、2次データを利用した研究や研究の研究ではなく通常臨床の研究で、尚且つ対象や研究者の負担を最小限度に抑えた臨床研究はわが国において、実施可能性の観点を考慮しても受け入れやすいと考える。

OECD Mental Health Care Quality Indicator の利用

OECD の 12 項目の中でも、わが国の精神科医療の特性を考慮すると、物質関連障害患者と人種差に関する indicator は当面のところ除き、統合失調症にもう少し重点が置かれると良いと考える。また、本評価項目の実効性を考慮すれば、12 項目の中も 1. 精神疾患患者の早期再入院率、2. 退院後の適正時期における外来フォローアップ（退院後 1 ヶ月以内の受診）、3. 精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月間治療継続率の 3 つをアウトカムの indicator として利用可能ではないかと考える。

OECD-MHCQI の各国での病院評価における適用状況

今回の検証から、項目に若干の修正は必要であるものの、OECD-MHCQI は、病院評価の項目として、利用されていることが明らかとなった。このことから、OECD-MHCQI は、医療システムレベルでの評価を目的として作成されたものであるが、修正の仕方によっては、病院レベルでの評価にも利用可能であることが伺える。しかし、イングランド、オーストラリアいずれの国においても、病院評価に採用されている OECD-MHCQI は 2 項目のみであることから、これらの指標がそのまますべて病院評価に適用できるものでないことも示唆される。また、両国で利用されている OECD-MHCQI が異なることから、各国に共通して重要な項目があるわけではなく、その国の状況に応じて、適切な評価項目が異なることも伺える。

日本におけるアウトカム項目設定の際の課題

日本においてこれらの評価項目を導入する場合、最大の障害になるのは、データベースの整備である。成果の集計作業については、諸外国では、たとえば Quality Indicator project では、個別の患者を入院時、退院時にデータベース登録して、その転帰ごとに集計が試みられるなど、資料が客観的になるような方策が講じられていることを指摘しているが、本邦では、そのような状況から程遠いといわざるを得ない。イギリスやオーストラリアは基本的に医療サービスが公営で営まれており、これらのデータベースの整備などについても、比較的統制が取りやすい。一方日本は、保険医療のスキームは、公的な枠組みであるものの、個々の医療機関に占める公設医療機関の割合はそれほど高くないため、このようなインフラ整備における統制がとりにくいという面がある。よって、まずは、国立病院機構などの比較的ネットワークの取りやすい医療機関群において、情報整備を進めていくことがもっとも現実的な手法と思われる。

アウトカム評価項目に関するわが国とオーストラリアのデータの比較

オーストラリアと比較して明らかになることの第 1 は、わが国では向精神薬同士、特に抗精神病薬同士の多剤併用が明らかに多いと考えられることである。豪州では抗精神病薬に限定されない、向精神薬の多剤併用率でさえ 4 分の 1 前後にとどまっているのに対して、わが国では抗精神病薬同士の併用が 8 割前後に行われている。2 つめに明らかなことは、わが国では抗精神病薬の投与量が全体に多く、大量投与率が 4 割前後にのぼることである。豪州では大量投与率は 10% 未満に過ぎない。3 つめに明らかなことは、わが国では抗パーキンソン薬の大量投与率が低かったことである。常識的に考えると、抗精神病薬の投与量が多いほど抗パーキンソン薬の投与量は高くなる

はずなので、この結果は一見矛盾しているように見える。わが国では諸外国と比較して、そもそも抗パーキンソン薬の処方率が全体に高く、しかも少量しか抗精神病薬を使用していない者に漫然と抗パーキンソン薬を継続するという処方慣習のあることが問題視されている。大量投与率を下げるには、被除数である大量投与を受けている患者数を減らすのみではなく、法である抗パーキンソン薬の投与を受けている患者数を減らすことでも可能なので、ことによるとわが国において抗パーキンソン薬大量投与率が低いのは大量投与患者自体が少ないのではなく、そもそも抗パーキンソン薬投与患者自体が多いただけなのかもしれない。これらの状況を考慮すると、抗パーキンソン薬に関連した質的評価指標としては、抗パーキンソン薬の大量投与を受けている患者数を抗精神病薬の投与を受けている患者数で割った商を採用した方がわが国における使用を考えた方が適切のように思われる。4つめに明らかとなったことは、再入院率は極めて低いことであった。豪州では平均入院日数が5~6日とわが国と比べて極端に低いので、豪州ではいわゆる *premature discharge* の患者の占める率が高かった可能性がある。*Premature discharge* とは入院日数が短かった場合に、結果として治療効果が不十分なまま退院となり、再入院率や自殺率が高くなる可能性があるという考えであるが、JESS2000 追跡調査では入院日数180日以下の患者が対象となっているし、日本全体が対象となっている630調査では短期で退院させる方向で働く圧力が弱く、*mature*、あるいは *supermature* な退院患者が多数を占めていたために、再入院率が低かった可能性があり、今回の結果のみによってわが国における再入院率が豪州より低いと見なすことには問題がある。同様のことは死亡退院率についても言える。豪州では平均入院期間が5~6日程度のためか、死亡退院率は0.13~0.26%に過ぎなかったが、それに対し

て本研究では入院患者全体を母集団とした場合には1ヶ月間の死亡率が0.37%、同じく5年間の死亡率が5.7%、入院から1年以内の死亡率が約2.5%といったように、わが国の死亡率が高いという結果が得られた。これはひとつにはわが国における入院日数が長いこと、当然入院中の死亡率も高くなるはずであることが関与しているものと思われるので、やはり、わが国における死亡退院率が豪州より高いと短絡的に考えることには問題がある。正当な比較をするためには、豪州におけるHCOにおける入院日数や入院患者の年齢などに関するデータを入手して、詳細な検討を行う必要があるであろう。

OECD-MHCQI 評価項目に関するわが国データの検討：予備調査

OECDのテクニカルペーパーには3ヶ月治療継続率の値のみは掲載されていなかったが、診療所における3ヶ月抗うつ薬継続率、および6ヶ月抗うつ薬継続率の方が海外よりも明らかに高かった。

E. 結論

わが国における精神科アウトカム研究を実施する際の課題を文献的レビューにて検討をした結果、アウトカムの評価項目を決定する際には、その項目が簡素で、かつ臨床的妥当性があり、公衆衛生的にも重要性を検討し、通常臨床場面での実施可能性を考慮すべきである。その例として、*practical clinical trial* や *naturalistic observational study* というデザインが妥当であろうと考える。

OECD Mental Health Care Quality Indicator は、医療システムレベルでの評価を想定して作成された項目であるが、病院レベルでの利用も可能である。どのアウトカム項目を用いるのが適切かの判断は、各国のおかれている社会、医療資源などの状況によって異なる。日本にアウトカム評価を導入する際には、その項目を闇雲に OECD-MHCQI

から抽出してくるのでなく、わが国の社会状況、医療資源などに応じて適切な評価項目を選定する必要がある。OECD Mental Health Care Quality Indicator の評価項目をわが国での実行性を検討した場合、1. 精神疾患患者の早期再入院率、2. 退院後の適正時期における外来フォローアップ、3. 精神疾患患者の退院後の治療継続率の3つをアウトカムを使用 indicator として挙げられる。

Australian Council on Healthcare Standards の作成した精神科医療の質的評価指標にわが国における実情を勘案して部分的修正を施し、①抗精神病薬多剤併用率、②抗精神病薬大量投与率、③抗パーキンソン薬大量投与率、④再入院率、⑤死亡退院率の5つの指標を作成した。抗精神病薬の多剤併用率と大量投与率はいずれも豪州の Health Care Organisation (HCO) におけるデータと比較して、80パーセンタイル値を大きく上回るはずれ値に相当する値であった。抗パーキンソン薬大量投与率に関しては、HCO におけるデータよりやや低かったが、これはわが国で抗パーキンソン薬の大量投与の行われるのが少ないためではなく、むしろわが国で抗パーキンソン薬の予防投与が広く行われ、長期にわたって漫然と投与されることが多いためと推測された。再入院率は HCO における値よりもわが国における値の方がやや低く、逆に死亡退院率はわが国の方が高いようであったが、これらの差異はわが国と豪州の間に人口あたりの病床数や入院日数などといった医療システムそのものに基づく差によってもたらされた可能性が高いと考えられた。

精神科医療システムの質的評価を行うために OECD が作成した指標に、わが国における事情も勘案した修正を施し、急性期うつ病治療における3つの質的評価指標、すなわち、①3ヶ月治療継続率、②3ヶ月抗うつ薬継続率、③6ヶ月抗うつ薬継続率を提唱した。ある診療所に2006年1月～12月に初診となった気分障害患者を対象に、こ

れら3つの指標の値を算出した。その結果、3ヶ月治療継続率は74.5%、3ヶ月抗うつ薬継続率は73.5%、6ヶ月抗うつ薬継続率は61.2%であった。これらはいずれも OECD のテクニカルペーパーに記載されている海外におけるデータよりも高い値であった。

いずれにしてもアウトカム評価の導入には、それらのデータ測定のための病院、および医療システムレベルでの早急なデータベース整備が不可欠である。

F. 健康危険情報 該当事項なし

G. 研究発表 準備中

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

I. 文献

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. National Comorbidity Survey Replication. JAMA 18;289, 3095-105, 2003
3. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. Gen Hosp Psychiatry 16:267-76, 1994
4. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291:2581-90, 2004
5. World Health Organization. Revised Global Burden of Disease 2002 estimates, available at: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002/en/index.html>
6. National Institute for Clinical Excellence.

- Depression; Management of depression in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence, London, 2004
7. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al: The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 64:1465-75, 2003
 8. Ito H. Quality of Mental Health Care. *J. Natl. Inst. Public Health* 2004, 53:21-25.
 9. Hermann R, Mattike S and the members of the OECD mental health panel. Selecting indicators for the quality of mental health care at the system level in OECD countries. *OECD health technical papers* 17, 2004 [available at [http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers.](http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers)]
 10. Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int J Qual Health Care* Sep;18 Suppl 1:31-8, 2006
 11. Healthcare Commission, 2006. *The annual health check in 2006/2007*, London, Commission for healthcare audit and inspection, Web Site. [online]. Available from: <
http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/The_annual_health_check_in_2006_2007_assessing_and_rating_the_NHS_200609225143.pdf> [Accessed on 18 Feb 2008].
 12. The Australian Councils on Healthcare Standards: Determining the potential to improve the quality of care in Australian health care organizations: Results from the ACHS clinical indicator data 1998-2000. <http://www.achs.org.au>
 13. Hansson L. Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:244-248.
 14. Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA.* 2003;290:1624-1632.
 15. March JS, Silva SG, Compton S, Shapiro M, Califf R, Krishnan R. The case for practical clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry.* 2005;162:836-846.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及び結果の公開に関する研究

総合研究報告書「海外の文献のレビュー」

分担研究者	吉住 昭	(花巻病院)
研究協力者	瀬戸 秀文	(長崎県立精神医療センター, 肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学)
	高橋 克朗	(長崎県立精神医療センター)
	櫻井 斉司	(聖ルチア病院)
	平野 互	(大分県立看護科学大学保健管理学)
	大賀 淳子	(大分県立看護科学大学精神看護学)
	小山 宏子	(九州保健福祉大学福祉環境マネジメント学科)
	廣田 悦子	(第一福祉大学心理学科)
	鶴丸 藍子	(肥前精神医療センター)
	平 直子	(西南学院大学社会福祉学科) *執筆担当者
翻訳協力者	秋葉 敏夫	(九州保健福祉大学福祉環境マネジメント学科)
	安部 猛	(九州大学大学院医学系学府医療システム学)
	上田 留理	(九州保健福祉大学社会福祉学部)
	新福 尚隆	(西南学院大学社会福祉学科)

研究要旨

先進諸国では、精神科医療サービスの質を客観的に測ることを目的とした機能評価指標が開発され、その指標を用いて精神科医療サービスの機能評価が実施されている。有効な機能評価指標、及び評価方法の開発に関しては、既に実績を積んでいる海外の実践から学ぶ点が多い。そこで、平成 17 年度、18 年度の二か年に渡り、海外で用いられている機能評価指標、及び評価方法を調べ、日本で精神科病院の機能評価指標、評価方法を開発するにあたり参考となる点を検討した。

インターネットの検索によって得られた精神科医療サービスの機能評価指標に関する計6点の海外の文献について詳細を調べた。指標の内容に合わせて複数のデータを組み合わせて包括的に機能評価を行うこと、利用者評価の活用など、日本で機能評価指標を設定し、機能評価を行うにあたり、参考となる点が把握できた。海外で開発された機能評価指標や評価方法を参考にしつつ、今後、日本のシステム、状況に合わせて精神科病院の機能評価指標、及び評価方法の開発を進めると共に、機能評価を通して精神科医療サービスの質の向上を図ることが重要である。

A. 研究目的

先進諸国では、精神科医療サービスの質を客観的に測るための指標が開発され、そ

の指標を用いて精神科医療サービスの機能の評価している。そして、医療コストと成果のバランスを見据えながら、医療の効率化

や医療の質の向上に積極的に取り組んでいる。そこで、海外で用いられている機能評価指標の内容、評価の方法などを調べ、日本で精神科病院の機能評価指標を開発し、機能を評価するにあたり参考となる点を把握する。

B. 研究方法

インターネットの検索により資料を集め、その中から特に参考になるとされる6つの文献を取り上げて詳細を調べた。機能評価指標に関する文献が5点、そして利用者調査を用いた機能評価に関する文献が1点である。取り上げた文献は、以下の通りである。なお、重要だと思われる部分を抜粋して翻訳した。一部、この報告書に資料として掲載する。

1. 機能評価指標

1) オーストラリア〔平成17年度〕

「オーストラリアの精神保健サービスの質の評価」保健・加齢省

(「Measuring quality in Australian mental health services」¹⁾ Department of Health and Aging)

2) イギリス(イングランド&ウェールズ)〔平成17年度〕

「機能の格付けのための機能評価指標 2004/2005年：精神保健トラストと精神保健サービス提供者に対する主要目標と機能評価指標」保健医療委員会

(「Performance indicators for the performance ratings 2004/2005: Key targets and performance indicators for mental health trusts and providers of mental health services」²⁾³⁾ Healthcare Commission)

3) アメリカ(カリフォルニア州)〔平成17年度〕

「カリフォルニア州の公的な精神保健システムの質の指標の設置」精神保健局
(「Establishment of Quality Indicator for California's Public Mental Health System」⁴⁾ Department of Mental Health)

4) アメリカ(ワシントン州)〔平成17・18年度〕

「州全域における公的な資金による精神保健評価指標」社会保健サービス局精神保健課

(「State-Wide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators」⁵⁾ Department of Social & Health Services, Mental Health Division)

5) アメリカ精神医学会〔平成18年度〕

「アメリカ精神医学会特別委員会 質の指標に関する最終報告書」アメリカ精神医学会

(「Final Report American Psychiatric Association Task Force on Quality Indicators」⁶⁾ American Psychiatric Association)

2. 利用者調査を用いた機能評価(イギリス)〔平成18年度〕

「精神保健サービス利用者調査 2004/2005」保健医療委員会 (Healthcare Commission) ⁷⁾

C. 研究結果

各機関/団体の機能評価指標の領域、及び機能評価に用いたデータをまとめたものが、表1である。なお、詳細については、資料1、2、3、及び平成17、18年度報告書を参照のこと。

1. 機能評価指標

1) オーストラリア 「オーストラリア精神保健

サービスの質の評価¹⁾ (資料 1)

「精神保健分類及びサービスコストに関するプロジェクト」(1996 年)で集められたデータ(21 急性期病棟、12 慢性期病棟、60 地域の通院医療機関の全患者に関する 3 ヶ月のデータ)を用いて、「有効性」「コスト効率」「技術と安全」「アクセス」「継続性」を評価している。

2) イギリス(イングランド&ウェールズ)保健医療委員会 「機能の格付けのための機能評価軸 2004/2005 年:精神保健トラストと精神保健サービス提供者に対する主要目標と機能評価指標」²⁾³⁾ (資料 2)

イングランド、及びウェールズにある NHS トラストと精神保健サービス提供者の機能を評価する指標である。主要目標として、「ケアプログラムアプローチ(CPA)の実施」「危機介入チーム」「財務管理」「病院の清潔さ」「精神保健基本データセットの実施(MHMDS implementation)」の5項目が定められている。それに加えて、医療、患者、能力(capacity & capability)という三つの分野に焦点をあてた、計 22 項目のバランススコアカード(BSC)が定められている。

評価に用いるデータは、「精神保健基本データセット」に加えて、「精神保健サービス利用者調査」「患者環境対策チーム(PEAT)」「病院疾病発生統計」「労働力人口調査年報」「薬物治療モニタリングシステム」「児童保護データ収集ツール」など、多岐に渡っている。なお、各トラストの評価結果は、インターネット上で公開されている。

3) カリフォルニア州 「カリフォルニア州の公的な精神保健システムの質の指標の設置」⁴⁾ (平成17年度報告書)

カリフォルニア州が、資金を提供してい

る州内の精神保健サービスの質を評価するために定めた指標である。指標領域として、「構造」「アクセス」「過程」「成果」の4領域を定めており、評価に当たっては、「クライアント・サービス情報システム」「メディカル支払い請求」「業務成果システム(performance outcome system)」のうち、原則、1 種類、あるいは、それ以上のデータ、及び「特別研究(special studies)」のデータを組み合わせて用いている。

4) ワシントン州 「州の公的資金による精神保健機能評価指標」⁵⁾ (平成18 年度報告書)

ワシントン州が、資金を提供している州内の精神保健サービスの機能を評価するための指標である。評価指標の概要を説明した上で、州内の 15 地区のサービスについて、評価結果をまとめている。

「サービスへのアクセス」(5分野)、「質とサービス」(2分野)、「クライアントの状況」(2分野)、「支出」(3分野)、及び「危機サービス、及び外来サービスシステムのためのアクセス指標」(8分野)の計5領域、20 分野の指標を設定し、指標の一つひとつに関して、「①定義、②利用の理論的根拠、③測定方法、④計算式、⑤考察、⑥データに関する注」が、まとめられている。評価に当たっては、精神保健サービスに関する5つのデータシステムと5つの調査の結果を組み合わせて用いている。評価結果には、過去 2-3 年のデータも含めた図表が掲載されており、数年の変化が把握できるようになっている。また、適宜、地域、年齢、人種・民族、疾病別に分析されている。なお、評価結果は、インターネット上で公開されている。

5) アメリカ精神医学会「特別委員会 質の指標に関する最終報告書」⁶⁾ (平成18年度報告書) アメリカ精神医学会(精神科医の全国組織)が、臨床知見に基づいた患者中心の医療サービスの評価指標を開発するために設立した特別委員会の最終報告書である。指標の領域として、「アクセス」(2分野)、「質」(4分野)、「ケアに対する認識」(3分野)、「成果」(2分野)の4領域を定めている。しかし、指標は、開発の途中であり、報告書では、各分野における「レコメンデーション/目標」、及びそれに関係する数種のサンプル指標を定めるところにとどまっており、実際の評価に使うデータ案も示されていない。

2. 利用者調査を用いた機能評価

イギリス保健医療委員会「精神保健サービス利用者調査 2004/2005」⁷⁾ (資料3)

保健医療委員会は、「患者の体験」の指標領域として、22項目の中の4つの領域(「アクセスと待ち時間」「安全で、高い質のコーディネートされたケア」「より良い情報提供、より多い選択肢」「関係の構築」)を定め、精神保健サービス利用者調査の結果を用いて評価している。

調査には、4領域に関係する14の質問が選定されている。たとえば、「関係の構築」に関しては、①精神科医が話を注意深く聞いたか、②精神科医が、敬意と尊敬をもって接したか、③地域精神科看護師が話を注意深く聞いたかという3つの質問が定められている。質問は、回答を、2～3つの選択肢の中から選ぶようになっており、2つの選択肢の場合は、0/100点、3つの選択肢の場合は、0/50/100点、または0/100点/不適として計算される。そ

れぞれの点数は、調査対象者の男女別の年齢構成比率により重み付けされ、点数を有効回答数で割ることにより、各トラストの領域別の平均値を算出する。その数値に対応して評価(ランク1～5)が決まるようになっている。なお、利用者調査の結果は、「アクセス」「サービスの質」の評価には用いられているが、「成果」に関する指標には、用いられてはいない。

D. 考察

先進諸国では、様々な工夫を凝らして、精神科医療サービスの機能を総合的に評価する指標を作成し、機能評価を行っていた。今後、日本が精神科病院の評価指標を設定し、機能を評価していくにあたり、参考になると思われる主な点を、「評価指標」「データ収集システム」「評価方法」「評価結果の公開」の項目に分けて、以下にまとめる。

1. 評価指標

1) 評価指標の設定の基準など

指標を設定するには、妥当性、アクセス可能性、感度、地域性、信頼性などに留意する必要がある⁸⁾。各機関/団体は、指標、及び機能評価のための質問の選択にあたり、原則、基準を定めていた(表2・表3)。特にワシントン州では、指標に関する定義をまとめると共に、指標一つひとつに関して、「①定義、②利用の理論的根拠、③測定方法、④計算式、⑤考察、⑥データに関する注」を掲載していた。日本で機能評価指標を設定するにあたっては、定義、基準などを明確にすることが必要であり、海外の定義、基準などが参考になると考えられる。

2) 成果の重視と具体的な成果評価指標

成果の指標は、構造、過程、成果という三つの分野の中では、特に重点を置くべき指標である⁶⁾。アメリカ精神医学会の報告書では、サンプル指標として、重症で持続的な精神疾患の患者の生産的な活動の再開、パニック障害の人のパニック発作の頻度の減少、摂食障害の人の体重の安定などを定めており、指標は、具体的に成果を評価できる内容になっている。

3) 効率の重視

機能評価指標には、医療の効率を評価する項目が定められており、様々な方法を用いて効率を評価していた。

オーストラリアでは、HoNOS (the Health of the Nation Outcome Scale) を用いて数値化した治療の効果と治療費により効率性を測定し、指標として位置づけていた。ワシントン州では、4領域の一つに「支出」があり、外来・入院医療に関する患者一人当たりの費用、一時間/1日の医療サービスの費用などが、指標に位置づけられ、細かく評価されている。また、カリフォルニア州でも、患者一人当たりの費用、一時間のサービス提供にかかる費用などが、指標となっていた。イギリスでは、5つの主要目標の1つとして財務管理状況を定め、経理業績などを把握している。なお、アメリカ精神医学会では、医療のコストに関する指標は位置づけていないが、「社会的経済的コストの最小化」として患者の生産的な活動の再開に関する指標が、「成果」の領域に盛り込まれていた。

日本で、今後、精神科医療費と治療効果の効率性の評価を行う際に、各国の方法が

参考になるであろう。

4) 利用者、及び家族の評価の活用

医療の質は、「技術的要素」と「人間関係的要素」で構成される。医療評価の「過程」の側面は、人間関係的要素を抜きには考えられないのであり、利用者の視点は、医療評価に本質的に重要である⁹⁾。また、患者満足度調査は、「受療のための最低限度の満足度の保証」という意義が存在する¹⁰⁾。そのため、評価指標には、医療、ケアに関する利用者、家族の体験の項目が入っており、利用者調査の結果が機能評価に活用されている。

アメリカ精神医学会では、「ケアに対する認識」の領域を4領域の一つに位置づけている。患者、家族は、ヘルスケアにおける人間関係の要素の重要な情報源であり、また、ケアに対する不満は、医療中断、主治医変更、ヘルスプランの取り消しなどを引き起こす。そのため、患者、家族がどのように感じているかを、定期的、組織的に把握しなければならないとしている。カリフォルニア州では、評価指標の4つの領域のうち、構造、過程、成果の三領域の中の「治療方針の決定」「満足度」「機能の改善」「症状の減少」などの項目で当事者に対する調査結果を用いていた。ワシントン州では、利用者調査と家族調査、二種類の精神保健サービス利用者意識調査の結果などを用いて、「地域支援ネットワークのアクセス」、「質と適合性」、「治療への参加」の三つの点を評価している。イギリスでは、利用者調査の結果を用いて、「アクセスと待ち時間」などの4領域を評価している。また、「患者環境対策チーム」の構成員として患者代表が位置づけ

られている。

日本でも、今後、利用者の満足度調査など、利用者評価を活用して包括的に評価を行う必要がある。

2. データ収集システム

オーストラリア、イギリス、カリフォルニア州、ワシントン州には、個々の患者のデータを収集できるシステムが存在していた。

オーストラリアでは、プロジェクトのために13441 症例の3ヶ月の動向に関する精密なデータが収集されていた。これには、連邦政府が、各州政府に医療財源の配分と引き換えに、医療サービスのアウトプット、最終的にはアウトカムに関する各種のデータ提供を求め、配分された財源が有効に使われているかという点に関する検証を試みてきたことが関係している¹¹⁾。イギリスでは、一人ひとりの患者に関して、精神科医療機関への照会から退院までのケア内容・提供期間などのデータを集める精神保健基本データセットと呼ばれるシステムの実施を、医療機能評価の主要目標の一つとして位置づけ、システム作りを積極的に進めている。また、カリフォルニア州、ワシントン州にも、精神保健サービス利用者に関する包括的なデータベースがある。

今後、日本でデータベースを整備していくのか否か、その方法など、今後、慎重な議論、検討が必要になるであろう。

3. 評価方法

1) 複数のデータの使用

機能評価にあたっては、各項目の内容に合わせて、データベースや既存の調査の結果を活用すると共に、機能評価を目

的に実施した調査研究の結果を用いて、総合的な評価を行っていた(表1)。たとえば、ワシントン州では、2002 年度に比べて、2004 年度の評価では使用するデータも増えており、5つのデータシステムと5つの調査の結果を組み合わせる総合的に評価するようになっている。

既存のデータの活用、項目の内容に合わせた調査の実施などを、今後、日本でどのように進めていくのか、具体的な検討が必要である。

2) 包括的な評価ができる項目の設定

医療機能の評価にあたっては、職員の勤務状況、患者の社会生活状況なども含め、多岐に渡る項目が設定されていた。たとえば、イギリスでは、「職員との関係の構築 (building closer relationships)」「ケアコーディネーション」「職員の労働時間」「病欠率」などの項目が盛り込まれている。また、ワシントン州では、4領域の一つが「クライアントの状況」であり、クライアントの就労状況、ボランティア活動状況、及び生活状況(住居の有無など)を指標と位置づけ、評価していた。アメリカ精神医学会においても、患者の生産的な活動の再開に関する指標を、「社会的経済的コストの最小化」として「成果」の領域に盛り込んでいる。

3) 評価項目の内容に合わせた調査の実施

(1) 様々な立場の人に対する調査の実施

患者のデータベースや医療サービス提供者/管理者に対する調査結果だけでなく、評価項目の内容に合わせて、利用者、家族、病院職員など、対象を選んで調査を実施し、その結果を用いて包括的に医療機能を評価していた。たとえば、アメリカ精神医学会の報告書では、患者、家

族、臨床医がケアに対してどのように感じたかを、定期的、組織的に把握しなければならないとしており、複数の立場の人に対する調査の必要性を述べている。

(2) 様々な立場の人による調査の実施

イギリスでは、評価項目にあわせて適切な評価ができる人が、チームを組んで評価を行っていた。たとえば、病院の清潔度、食事、プライバシーなどについて、監査、評価を行う「患者環境対策チーム」

(Patient Environment Action Teams: PEAT) は、施設・土地管理職員(facilities and estates staff)、ホテルサービスマネージャー、配食担当者(caterers)、感染症対策看護師(infection control nurses)、患者代表で構成されている。

4) データに重み付けをした上での評価

イギリスの利用者調査では、年齢と性別により評価が大きく異なるために公平な評価ができないとし、男女の年齢構成比で重み付けを行った上で、平均値を出す方法を取っていた。日本においても、何らかの因子が大きく影響して公平に評価が出せない場合には、重み付けをすることでその影響を和らげる方法が考えられる。

4. 評価結果の公開

イギリス、ワシントン州では、機能評価の結果をインターネット上で公開し、評価を上げる努力を生み出すようにしていた。特にワシントン州では、過去 2-3 年の評価の変化を表で示しており、その間の変化を一目で把握できるようになっている。評価の公表に関しては、病院の抵抗も大きいと予想されるが、機能評価を通して医療サービスの質を向上させるには、公開が効果的であろう。

E. 結論

先進諸国で設定された医療機能評価軸、及び機能評価の方法を参考にして、日本で活かすべき点、また日本で活かすための具体的な方法を検討し、今後、日本の実情、システムに合った包括的な精神科医療機能評価指標、及び評価方法の開発を行うこと、そして医療機能評価を通して医療サービスの質の向上を図ることが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

未定

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

- 1) Pirkis, J., Burgess, P., Dunt, D. and Henry, L. (1999) *Measuring quality in Australian mental health services*
([http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/\\$FILE/amhsqual.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/$FILE/amhsqual.pdf))
- 2) Healthcare Commission (2005) *Performance indicators for the performance ratings 2004/2005: Key targets and performance indicators for mental health trusts and providers of mental health services*
(<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/mhlist.pdf>)
- 3) Healthcare Commission (2005) *Performance ratings methodology for 2004/05 - Mental Health*
(http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_MH.doc)

- 4) Department of Mental Health (2001) *Establishment of Quality Indicator for California's Public Mental Health System* (http://www.dmh.cahwnet.gov/QIC/docs/QIC_Leg_Rpt%20-%20PDF.doc)
- 5) Department of Social & Health Services (2003) *State-Wide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators* (http://www1.dshs.wa.gov/pdf/hrsa/mh/mhdpi_report2002.pdf)
- 6) American Psychiatric Association (1999) *Final Report American Psychiatric Association Task Force on Quality Indicators* (http://www.psych.org/psych_pract/tf_toc.cfm)
- 7) Healthcare Commission (2005) *Mental Health Service User Survey 2004/2005*
- 8) 長谷川友紀「臨床指標とは」、医療マネジメント学会監修、『臨床指標の実際－医療の質をはかるために－』、じほう、東京、2005
- 9) 伊藤弘人、『医療評価』、真興交易（株）医書出版部、東京、2005
- 10) 伊藤弘人『精神科医療のストラテジー』、医学書院、東京、2002
- 11) 藤澤由和「オーストラリアにおける臨床指標の現状」、医療マネジメント学会監修、『臨床指標の実際－医療の質をはかるために－』、じほう、東京、2005

資料1 オーストラリア精神保健サービスの質の評価

行政報告概要

1999年12月

ジェーン・パーキンス¹、フィリップ・バーゲス²、デヴィッド・ダント¹、
リサ・ヘンリー³

1. 健康プログラム評価センター、保健プログラム科
2. 精神保健研究所
3. メルボルン大学精神医学部

背景 (Background)

近年、精神保健の質を重要視する傾向が増加している。この動きは、一般の保健部門から始まったが、現在、精神保健部門でも急性期の入院患者、慢性期の入院患者、また地域社会で生活する患者にも焦点が当てられて、この動きが広がっている。

現行のプロジェクトは、オーストラリアの精神保健サービスの質に関する全体を示しつつ、さらに質の向上を目指すことを目的としている。

研究方法 (Method)

本研究では、1996年の精神保健分類及びサービスコストに関するプロジェクト (Mental Health Classification and Service Costs: 以下 MH-CASC) の一部として集められたデータを使用している。MH-CASC プロジェクトは、複合ケース(casemix)の予算のために精神保健分類システム(a mental health classification system)を開発することを目的としていた。21の急性期病棟、12の慢性期病棟、60の地域にある通院医療機関の全ての患者に関し3ヶ月以上に渡るデータが収集された。

MH-CASC プロジェクトの分類認定分析(class-finding analysis)のために集められた合計 13,441 のケア症例(episodes)の利用が可能であり、今回のプロジェクトの分析の基礎となっている。

症例は3タイプに分類できる：

- ・ 入院治療終了者の症例(completed inpatient episodes)
- ・ 入院治療継続者の症例(incomplete inpatient episodes)
- ・ 通院者の症例(communitiy episodes)

今回の研究では、ボイスら (Boyce et al 1997) が提唱した研究の枠組み、MH-CASE プロジェクトで集められた臨床・社会統計学・サービス利用・経費に関するデータを用いた。この方法により、ボイスらが定めた質の枠組みを成す大部分の次元において軸を開発し、この指標を用いてオーストラリア精神保健サービスの実績を検討できた。

質の評価に使用された基本要素・指標を以下に示す。

有効性 (Effectiveness)

有効性は以下のように定義される：

有効性とは通常の治療を行った際に、生存につながった、または生活の質が改善された（もしくは、結果が改善された）場合、測定可能な介入について向上度を測るものである。指標では、介入者による評価または患者自身の評価の結果が、測定基準となることもある。

有効性に関する単一指標が選ばれた：

指標 1: 各症例における介入期間中の HoNOS (the Health of the Nation Outcome Scale) の項目別、及び総合点数の変化

HoNOS の 12 項目はそれぞれ 0 点(問題なし)から 4 点(かなり問題がある)まで配点され、最初の 2 週間を評価の対象期間とする。最初の 10 項目を使うと、HoNOS の合計得点が 0 点から 40 点までの間に来るようになる。個々のケースにおいて HoNOS を少なくとも 2 回実施し、後に行った評価得点から最初の得点を引くことで個別の項目の HoNOS 得点と HoNOS の合計得点の変化を見ることができる。得点がマイナスであれば改善を示し、得点がプラスであれば悪化を示す。

効率 (Efficiency)

効率は以下のように定義される：

与えられた費用の中で最大限の利益(成果)を生み出すこと。技術効率とは、特定のサービス提供を行う際に、最小限のコストで資源を組み合わせることと関係している。そして、指標には、複合ケース(casemix)を調整し分離した上で、個々のケースにかかる費用/活動の割合を含むこともある。配分の効率 (allocative efficiency) は、利用可能な資源から得られる最大利益の度合いに関連しており、指標は、限界分析による予算プログラム (program budgeting with marginal analysis – PBMA) のような優先順位の設定のための基本枠組みから導き出されることもある

単一の効率指標が選ばれた：

指標 2: HoNOS の合計得点の変化に対する費用

HoNOS の合計得点の変化を MH-CASC プロジェクトから得られた各々の症例の費用データを同時に使うことにより (上記参照)、HoNOS の合計得点の変化の平均値に対する症例別コストの平均値を計算することができる。

技術と安全性 (Technical proficiency and safety)

技術は以下のように定義される：

サービス提供者による介入の状況が現在の基準に即して一定であり、専門知識が介入に対して適当なものであるかどうかの程度とする。指標はケアのガイドラインにどの位沿っているのかを含むこともある。

また、安全性は以下のように定義される：

ケアを行う際に発生する可能性のある危険を回避し、不注意から起こる損害・危害 (harm) を最小限にとどめる。指標は、害を引き起こす出来事 (adverse event) などが起こらないかを監視することを含むこともある。

専門性と安全性に関する 3 つの指標は MH-CASC データ群を活用できる。

指標3: 退院後 28 日以内の再入院

指標4: 死亡率

指標5: 命に関わる重大な出来事(incidents)

指標 3: 28 日以内の再入院

入院治療終了者の症例のみにこの指標を用いることで、退院後 28 日以内に再入院した割合を出すことができる。

指標 4: 死亡率

MH-CASC プロジェクトで個々の症例について尋ねた項目の 1 つが、ケース終了の理由であり、回答の一つは患者の死亡である可能性がある。この変数を用いることにより、患者の死亡による終結ケースの割合を出すことができる。

指標5: 命に関わる重大な事件

HoNOS 項目 2 に関する得点 4 は、過去 2 週間に患者の自殺企図があり、(かつ/または) 深刻な自虐行為があることを示している。つまり、この項目が 4 点の場合、調査期間内に患者に自殺企図があった証拠である。このように、自殺企図があった症例の割合を出すことができる。

アクセス (Access)

アクセスは以下のように定義できる：

同質のケアを得る個人の能力 (The capacity of individuals)。指標は、待ち時間、予防可能な入院/死亡の回避、特定サービスの利用率 (condition-specific utilization rates) などを含むこともある。

アクセスについて 2 つの指標が選択された：

指標 6: 英語を母国語としない人が、英語を母国語とする人と同様のケアを得ることができるか

指標 7: 公的援助(生活保護)受給者(people in receipt of government support)が、受給していない人と同様のケアを得ることができるか

各症例について、英語を母国語としない人と、特定の障害をもち公的援助を受けている人の割合を出した。サービス利用に関するデータは、「精神保健とウェルビーイングに関するオーストラリア国民調査(オーストラリア統計局: Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing, 1998)」による有病率のデータを考慮しながら検討した。

継続性 (Continuity)

継続性は、以下のように定義される：

個々のケアの症例が、全体のケア提供とコーディネートされ、統合されているのかの度合いである。「適切な患者調査」や、個人のケアに携わったサービス提供者の数の指標を含んでいることもある。

2 つの全般的な指標が選ばれた

指標 8: 入院前 7 日間の地域でのケアサービスの提供

指標 9: 入院後 7 日間の地域でのケアサービスの提供

この分析は、調査期間に入って少なくとも 7 日経って入院した人 (指標 8) で、調査期間終了の 7 日前までに退院した人(指標 9) 全ての入院治療終了者を対象にした。MH-CASC プロジェクトの各患者はそれぞれ識別されており、データをリンクできるので、入院前の 7 日間に地域のケアサービスが入院患者に提供された割合と退院後の 7 日間に地域ケアサービスが実施された割合を出すことができる。

継続性に関する細かな指標が 1 つ選ばれた：

指標 10: 症例に関わった職員の人数、及び専門職種

各症例に関して、ケアを提供した職員数の平均を計算した。また、各症例に関わった職員の構成も評価した。

各指標に関する有効性 (Performance across indicators)

各症例における指標の一組一組について、各指標間の関係の有無、もし関係がある場合、どのような関係があるのかを、スピアマン相関係数により分析・検討した。

結 果 (Results)

本研究の結果は以下のようにまとめられる。

有効性 (Effectiveness)

指標 1: 症例における調査期間中の HoNOS の項目別、及び総合得点の変化

データが、今回の目的以外のために収集されたものであるため、この分析には幾つかの限界がある。特に、MH-CASC プロジェクトの中で使われた HoNOS 評価スケジュールは、プロジェクトには適切であるが、成果を測る方法としては限界があった。最初の HoNOS 評価が症例の調査開始 14 日目に行われたため、調査期間中に評価が 1 回もしくは、全く行われず、得点の変化の算出ができないこともあった。入院治療終了者の在院期間の平均が、12.4 日であるため、これは、特に入院治療終了者の症例について言えることである。入院治療終了者のうち、HoNOS 合計得点の変化を把握できたのは、19%のみである（なお、入院治療継続者の症例では 68%、通院患者の症例では 55%において変化を把握できた）。これらの限界を考慮して、以下の結果を解釈すべきである。

平均的に、個々の項目においても HoNOS 全項目においても、改善が見られた。HoNOS 得点変化の平均は、入院治療終了者の症例において最大(-1.01)で、次いで入院治療継続者の症例 (-0.87)、通院患者の症例 (-0.47) であった。変化の予測は、項目(もしくは合計得点)と症例のタイプによって異なった。

効率性 (Efficiency)

指標 2: HoNOS の合計得点の変化に対する費用

費用に関する結果は、3つの症例群においてそれぞれ算出された。入院治療終了者の症例では、HoNOS 合計得点の病状を 1 ユニット改善するのに要した費用の平均は、\$4758.94 であった。これに相当する入院治療継続者における費用は\$9478.23、通院患者における費用は、\$1540.61 であった。しかし、これらの結果も限られた症例に関するものである一すなわち HoNOS の得点変化を把握できた症例に限った変化である点に考慮しなければならない。

技術と安全性

指標3:退院後 28 日以内の再入院

入院治療終了者の症例の 5%は、28 日以内に、予定の、もしくは予定外の再入院となっていた。Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)、及び Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists: (RANZCP) によって推奨されている予定外再入院の暫定措置(provisional threshold)の半分であった。

指標 4: 死亡率

症例のタイプによって死亡率は異なるが、全体の 0.34%が死亡していた。

指標5: 命に関わる重大な出来事(incidents)

これも、症例のタイプによって異なるが、症例の 4.7%に自殺企図があった。

アクセス (Access)

指標 6: 英語を母国語としない人が、英語を母国語とする人と同様のサービスを得ることができるか

サービス利用者と精神保健面での問題をもつ人の相対割合を考慮したところ、英語が母国語でない人と、母国語である人の精神保健サービスへのアクセスの程度は同等であった。

指標 7: 公的援助(生活保護)受給者(people in receipt of government support)が、受給していない人と同様のケアを得ることができるか

同様に、公的援助を受給している人と、援助を受けていない人の精神保健サービスへのアクセスの程度は同等であった。

継続性 (Continuity)

指標 8: 入院前 7 日間の地域ケアサービスの提供

指標 9: 退院後 7 日間の地域ケアサービスの提供

平均値は、入院治療終了者の症例に対する入院前 7 日間の地域サービスの実施率は 46%であり、入院後 7 日間の地域サービスの実施率は 56%であった。対応する中間値は、それぞれ 51%と 53%であった。

指標 10: 症例に関わった職員の人数、及び専門職種

入院治療終了者に関わった職員数の平均は、26.2 人であるのに対して、入院治療継続者の場合は 78.5 人、通院患者の場合は、4.9 人であった。担当した専門職の種類も症例の種類によって異なっていた。